AdvanceCare
À sua saúde

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – QUIMIOTERAPIA

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:	Entidade Financiadora:
Nº do Cartão:	Idade:
E-mail:	Nº Telemóvel:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

DOENÇA/DIAGNÓSTICO

Desde quando é que segue este Doente?	Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	ICD-9
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)	**ICD-9**

BASEADO NA SUA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E NA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, QUAL PRESUME SER A DATA INÍCIO DE MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS?

_____/_____/_____

ESTA SITUAÇÃO É UMA RECIDIVA? Sim / Não **DATA INÍCIO DE SINTOMAS** _____/_____/_____

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS

Antecedentes Pessoais / Informação Clínica justificativa do(s) procedimento(s):

NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:

Data de Admissão ____/____/_____ Ambulatório ..... Internamento ..... Nº diárias: .....

NOVO PEDIDO ☐ **CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTOS** ☐

PLANO DE TRATAMENTO

Nº Ciclos: .....

1º Tratamento/Sessão Data _____/_____/_____	Medicação	Valor Estimado:
2º Tratamento/Sessão Data _____/_____/_____	Medicação	Valor Estimado:
3º Tratamento/Sessão Data _____/_____/_____	Medicação	Valor Estimado:
4º Tratamento/Sessão Data _____/_____/_____	Medicação	Valor Estimado:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRATAMENTO

Nome:

Nº de Cédula:	Telefone/Tlm:	Fax/E-mail:

Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.

Assinatura do Médico Responsável: Data: _____/_____/_____

Autorizo o Médico e/ou Hospital a facultar esta e outras informações necessárias à minha Seguradora/Médico representante do meu Plano Privado de Saúde e à AdvanceCare, para efetuar a análise clínica e respetivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à faturação destes serviços. Estas informações só podem ser utilizadas no âmbito do meu seguro de saúde/Sistema Privado de Saúde. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.

Assinatura do Doente ou seu representante legal Data: _____/_____/_____

Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório